

Antragsteller/in Name, Vorname	Geburtsdatum/in Sterbefällen Sterbedatum	<b>Az.: (Org.-Nr./Personalnummer)</b> <b>(Zwingend anzugeben!)</b>
Anschrift		
Telefon tagsüber (Angabe freiwillig)	E-Mail-Adresse privat (Angabe freiwillig)	

**Vertrauliche Beihilfeangelegenheit!**

Landesamt für Steuern und Finanzen  
Bezügestelle Dresden  
Referat 339/D – Beihilfe  
Postfach 10 06 55  
01076 Dresden

**Antrag auf  
Gewährung von Beihilfe**

Bei erstmaliger Antragstellung oder auf Verlangen der Festsetzungsstelle ist der Antrag vollständig auszufüllen. In Folgeanträgen sind die Fragen 1 sowie 7 bis 14 zu beantworten. Haben sich keine Änderungen ergeben, kann ein Kurzantrag gestellt werden.

Bei Aufwendungen für dauernde Pflege bitte die Anlage „Pflege“ beifügen.

- Anlage „Pflege“ ist beigefügt.  
 Ich bitte um Zusendung eines neuen Vordrucks:  
 Langantrag    Kurzantrag    Anlage „Pflege“

<b>1.</b>	<p><b>Bei wiederholter Antragstellung:</b>  <b>Haben sich seit dem letzten Antrag Änderungen hinsichtlich des Dienstverhältnisses/der Versorgung, der Berücksichtigungsfähigkeit des Ehegatten oder Kindes oder Änderungen des Krankenversicherungsschutzes (Fragen 2 bis 6) ergeben?</b>  <input type="checkbox"/> Ja, bei Frage(n) Nr. _____      <input type="checkbox"/> Nein. Bitte weiter bei Frage 7.  <b>Bitte diese Frage(n) vollständig beantworten.</b></p>																																								
<b>2.</b>	<p><b>Angaben zum Dienstverhältnis</b></p> <p><input type="checkbox"/> Beamter/Richter seit:</p> <p><input type="checkbox"/> Beamter auf Widerruf von _____ bis _____</p> <p><input type="checkbox"/> Versorgungsempfänger seit _____</p> <p><input type="checkbox"/> Teilzeit in Elternzeit von _____ bis _____</p> <p><input type="checkbox"/> Vollständige Freistellung vom Dienst</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">von</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">bis</td> <td style="width: 34%; text-align: center;">Grund<sup>1</sup></td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p><small><sup>1</sup> Als Grund kommt beispielsweise in Betracht: Elternzeit, Urlaub ohne Dienstbezüge nach § 142a Abs. 1 Satz 1 SächsBG, Urlaub ohne Dienstbezüge im dienstlichen Interesse, sonstige Freistellung vom Dienst ohne Anspruch auf Besoldung.</small></p>	von	bis	Grund <sup>1</sup>																																					
von	bis	Grund <sup>1</sup>																																							
<b>3.</b>	<p><b>Im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Vorname (gegebenenfalls abweichender Familienname)</th> <th rowspan="2">Geburtsdatum</th> <th colspan="2">Wegfall</th> <th colspan="2">Wiederaufnahme</th> </tr> <tr> <th>Ja</th> <th>ab</th> <th>Ja</th> <th>ab</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>K1.</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>K2.</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>K3.</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>K4.</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>K5.</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Vorname (gegebenenfalls abweichender Familienname)	Geburtsdatum	Wegfall		Wiederaufnahme		Ja	ab	Ja	ab	K1.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		K2.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		K3.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		K4.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		K5.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Vorname (gegebenenfalls abweichender Familienname)	Geburtsdatum			Wegfall		Wiederaufnahme																																			
		Ja	ab	Ja	ab																																				
K1.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																																					
K2.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																																					
K3.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																																					
K4.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																																					
K5.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																																					

4.	<b>Welcher Krankenversicherungsschutz besteht für Sie und Ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen?</b>								
	Bei Erstantrag bitte vollständig ausfüllen, auch wenn für nachfolgende Personen keine Beihilfe beantragt wird. Ansonsten Änderungen eintragen. Versicherungsschein oder -bescheinigung bei Erstantrag und Änderung beifügen!								
	Versicherte Person	Der Versicherungsschutz besteht seit	Private Krankenversicherung			Gesetzliche Krankenversicherung			Zusatzversicherung <sup>2</sup>
			Normaltarif	Basistarif	Standardtarif	pflicht-	freiwillig	familienversichert bei	Ja (Art bitte angeben)
	Antragsteller (A)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E/L <sup>3</sup> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ehegatte (E)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1. Kind (K1)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> E/L <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. Kind (K2)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> E/L <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kind (K3)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> E/L <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Kind (K4)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> E/L <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Kind (K5)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> E/L <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<sup>2</sup> Zusatzversicherungen sind zum Beispiel Zusatztarife für Zahnbehandlungen, Sehhilfen, Ausland, Beihilfeergänzungen; nicht anzugeben sind zum Beispiel Kranken(haus)tagegeldversicherungen. Art der Zusatzversicherung für Person (zum Beispiel A, K1) _____									
<sup>3</sup> L = eingetragener Lebenspartner									
5.	<b>Besteht für Sie oder einen Ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen eine anderweitige Beihilfeberechtigung?</b>								
	<input type="checkbox"/> Ja, für						<input type="checkbox"/> Nein		
	Name, Vorname	Anspruch				Gegenüber wem? Ab wann?			
		<input type="checkbox"/> aufgrund des Erhalts von Versorgungsbezügen <input type="checkbox"/> aufgrund eines Beschäftigungsverhältnisses im öffentlichen Dienst, bei sonstigen Körperschaften, Anstalten, Stiftungen und so weiter <input type="checkbox"/> aufgrund eines Abgeordnetenverhältnisses <input type="checkbox"/> als Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> als Beamter							
6.	<b>Ist ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger bei einem anderen Beihilfeberechtigten ebenfalls berücksichtigungsfähig?</b> (zum Beispiel eigene Beihilfeberechtigung des anderen Elternteils)								
	<input type="checkbox"/> Ja (welche Person)						<input type="checkbox"/> Nein		
		Name, Vorname	Wem wurde die Beihilfegewährung zugeordnet?				Ab wann?		

**Bitte ab hier alle Fragen beantworten!**

**7. Besteht für geltend gemachte Aufwendungen zusätzlich Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe (zum Beispiel nach Sozialrecht) oder Kostenerstattung (zum Beispiel nach Beamtenrecht, Soldatenrecht, Bundesversorgungsgesetz)?**

Ja, für:  Nein

Name, Vorname	Art des Anspruchs	Höhe des Anspruchs

**Bitte Aufwendungen kennzeichnen und Nachweise vorlegen.**

**8. Werden Aufwendungen für den Ehegatten geltend gemacht?**

Ja, für:  Ja, aber keine Änderung zum letzten Antrag  Nein

Vorname des Ehegatten und gegebenenfalls abweichender Familienname: Geburtsdatum:

verheiratet  verwitwet  rechtskräftig geschieden seit:

Übersteigt der Gesamtbetrag der jährlichen Einkünfte (§ 2 Abs. 3 EStG) – hierzu zählen auch Einkünfte aus Kapitalvermögen – des nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten oder vergleichbare ausländische Einkünfte im Durchschnitt der drei Kalenderjahre vor Leistungserbringung 18 000 EUR?<sup>4</sup>

(Bei Einkünften aus nichtselbstständiger Arbeit sind von den Brutto-Einkünften die Werbungskosten abzusetzen.)

Ja  Nein

**Nachweise bitte für eventuelle Anforderung aufbewahren!**

<sup>4</sup> Für bis zum 31. Dezember 2013 entstandene Aufwendungen ist für die Ermittlung der Einkünfte das Vorvorkalenderjahr vor der Antragstellung maßgebend.

**9. Stehen Aufwendungen im Zusammenhang mit einem Unfall oder einem anderen schädigenden Ereignis? (Ein Unfall ist ein plötzliches, unfreiwilliges und von außen einwirkendes Ereignis, bei dem eine Person einen Schaden erleidet.)**

Ja  Ja, aber keine Änderung zum letzten Antrag  Nein

Unfalldatum:  Dienstunfall  Schulunfall  Arbeitsunfall  sonstiger Unfall

Unfallschilderung (gegebenenfalls Beiblatt verwenden, Belege bitte kennzeichnen):

Besteht für die unfallbedingten Aufwendungen Anspruch auf Kostenerstattung beziehungsweise kommt ein Schadensersatzanspruch in Betracht? Hierzu gehören auch Ansprüche gegen Schulträger (Unfallkasse), Sportvereine und so weiter.

Ja, gegen (Name, Anschrift des Erstattungspflichtigen/Kostenträgers, Versicherungsnummer, Aktenzeichen):  Nein

10.	<b>Sind Aufwendungen durch die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen oder durch Tätigkeit eines bei ihm abhängig beschäftigten Mitarbeiters, der nicht selbst liquidationsberechtigt ist, entstanden?</b>			<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>
	<input type="checkbox"/> <b>Ja, folgende:</b>			
	Beleg(e) Nr(n).	Name des Behandlers beziehungsweise Liquidationsberechtigten:		
	Der Behandler/Liquidationsberechtigte ist:	<input type="checkbox"/> Ehegatte (E)/eingetragener Lebenspartner (L)	<input type="checkbox"/> Elternteil (eigene Eltern oder von E/L)	<input type="checkbox"/> Kind (eigenes oder von E/L)
<b>Sind Sachkosten entstanden? Bitte Nachweis beifügen!</b>				
11.	<b>Werden Aufwendungen geltend gemacht, für die Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder eingestellt worden sind?</b> (zum Beispiel Ausschluss von Vorerkrankungen)			<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>
	<input type="checkbox"/> <b>Ja. Bitte Nachweis vorlegen und Belege kennzeichnen!</b>			
12.	<b>Ich beantrage die Geburtspauschale</b>			<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>
	<input type="checkbox"/> <b>Ja. Bitte Geburtsurkunde in Kopie beifügen!</b>			
13.	<b>Auszahlung der Beihilfe</b>			<input type="checkbox"/> <b>Nein</b>
	Ich habe für die beantragte Beihilfe einen Abschlag erhalten <input type="checkbox"/> <b>Ja, in Höhe von _____ EUR</b>			
14.	<b>Erklärung</b>			
	Ich versichere die Richtigkeit der Angaben, die Grundlage für die Beihilfeberechnung sind. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde bisher keine Beihilfe beantragt.			
	Die erforderlichen Belege über die entstandenen Aufwendungen sind beifügt. Nachträgliche Ermäßigungen oder Preisnachlässe sowie außervertragliche Leistungen für die geltend gemachten Aufwendungen (Kosten) werde ich der Festsetzungsstelle anzeigen.			
	Stehen die Aufwendungen im Zusammenhang mit einem Unfall oder einem anderen schädigenden Ereignis (siehe Nummer 9), bin ich mit der Weitergabe der Daten an die Rechtsabteilung des Landesamtes für Steuern und Finanzen zur Geltendmachung der Regressansprüche einverstanden.			
	<b>Gesamtbetrag der beantragten Aufwendungen:</b> _____ <b>EUR</b>			
	<b>Anzahl der beifügten Belege:</b> _____ Mehrseitige Belege oder Belege mit Anlagen gelten als ein Beleg. Belege bitte nur noch in <b>Kopie</b> vorlegen.			
Ort, Datum		Unterschrift des Beihilfeberechtigten/Bevollmächtigten Vollmacht <input type="checkbox"/> liegt dem LSF vor <input type="checkbox"/> ist beifügt		

## Zusammenstellung der Aufwendungen

Die Vorlage der Zusammenstellung bleibt Ihnen freigestellt.

Zum Beihilfeantrag von Frau/Herrn	vom
<b>Hinweise:</b> Bitte ordnen Sie die Einträge und Belege nach Personen und Datum chronologisch. A = Antragsteller, E = Ehegatte, K = Kind	

Nr.	A, E, K	Vorname des Kindes	Rechnungsdatum	Betrag in EUR
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
<b>Gesamtbetrag</b>				

Antragsteller/in Name, Vorname	Geburtsdatum/in Sterbefällen Sterbedatum	<b>Az.: (Org.-Nr./Personalnummer)</b> <b><u>(Zwingend anzugeben!)</u></b>
Anschrift		Eingangsstempel
Telefon tagsüber (Angabe freiwillig)	E-Mail-Adresse privat (Angabe freiwillig)	

**Vertrauliche Beihilfeangelegenheit!**

Landesamt für Steuern und Finanzen  
Bezügestelle Dresden  
Referat 339/D – Beihilfe  
Postfach 10 06 55  
01076 Dresden

**Kurzantrag auf  
Gewährung von Beihilfe**

**Bitte verwenden Sie den Kurzantrag nur dann, wenn sich bei Ihnen oder bei Ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen gegenüber dem letzten Antrag keinerlei Änderungen ergeben haben.**

**Bei Aufwendungen für dauernde Pflege bitte die Anlage „Pflege“ beifügen.**

→  Anlage „Pflege“ ist beigefügt.

Ich bitte um Zusendung eines neuen Vordrucks:

Langantrag    Kurzantrag    Anlage „Pflege“

**Bei Änderung der nachstehenden Sachverhalte**

- **Ausbildungs-, Dienst- und Beschäftigungsverhältnis, Versorgung, Beurlaubung,**
- **Familienstand, im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder,**
- **Krankenversicherungsschutz,**
- **anderweitige Beihilfeberechtigung (auch von berücksichtigungsfähigen Angehörigen),**
- **Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern bei einem anderen Elternteil,**
- **anderweitige Ansprüche oder Anspruch auf Kostenerstattung,**
- **Einkünfte des Ehegatten,**
- **Anschrift,**
- **Aufwendungen für Unfälle oder Verletzungen,**
- **Behandlung durch einen nahen Angehörigen,**
- **Anspruch auf eine Geburtspauschale,**
- **Auszahlung an Dritte im Ausnahmefall,**

**verwenden Sie bitte das ausführliche Antragsformular „Antrag auf Gewährung von Beihilfe“.**

**Erklärung**

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben, die Grundlage für die Beihilfeberechnung sind. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde bisher keine Beihilfe beantragt.

Mit diesem Beihilfeantrag werden keine Aufwendungen für Untersuchungen, Beratungen und Verrichtungen sowie Begutachtungen geltend gemacht, die durch das Tätigwerden von nahen Angehörigen (Ehegatte, eingetragener Lebenspartner, eigene Eltern oder Kinder sowie Eltern oder Kinder des Ehegatten/eingetragenen Lebenspartners) der behandelten Person entstanden sind.

Die erforderlichen Belege über die entstandenen Aufwendungen sind beigefügt. Nachträgliche Ermäßigungen oder Preisnachlässe sowie außervertragliche Leistungen für die geltend gemachten Aufwendungen (Kosten) werde ich der Festsetzungsstelle anzeigen.

Ich habe für die beantragte Beihilfe einen **Abschlag** erhalten

**Ja, in Höhe von \_\_\_\_\_ EUR**

**Nein**

**Gesamtbetrag der beantragten Aufwendungen: \_\_\_\_\_ EUR**

**Anzahl der beigefügten Belege: \_\_\_\_\_**

Mehrseitige Belege oder Belege mit Anlagen gelten als ein Beleg. Belege bitte nur noch in **Kopie** vorlegen.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Beihilfeberechtigten/Bevollmächtigten  
Vollmacht    liegt dem LSF vor    ist beigefügt

## Zusammenstellung der Aufwendungen

Die Vorlage der Zusammenstellung bleibt Ihnen freigestellt.

Zum Beihilfeantrag von Frau/Herrn	vom
<b>Hinweise:</b> Bitte ordnen Sie die Einträge und Belege nach Personen und Datum chronologisch. A = Antragsteller, E = Ehegatte, K = Kind	

Nr.	A, E, K	Vorname des Kindes	Rechnungsdatum	Betrag in EUR
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
<b>Gesamtbetrag</b>				

## Aufwendungen für dauernde Pflege (Anlage „Pflege“)

Zum Beihilfeantrag von Frau/Herrn			vom			
<b>1. Angaben zur Pflegeversicherung</b> (nur auszufüllen bei erstmaliger Antragstellung oder bei Änderungen)						
Versicherte Person	Der Versicherungsschutz besteht seit	Private Pflegeversicherung	Soziale Pflegeversicherung			
			Mitglied	Familierversichert bei		
Antragsteller (A)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E/L <input type="checkbox"/>		
Ehegatte (E)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>		
1. Kind (K1)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	E/L <input type="checkbox"/>	
2. Kind (K2)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	E/L <input type="checkbox"/>	
3. Kind (K3)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	E/L <input type="checkbox"/>	
L = Eingetragener Lebenspartner						
<b>2. Pflegebedürftige Person</b>						
Name, Vorname		Pflegestufe				
		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> Härtefall
Einstufungsbescheid der Pflegeversicherung <b>Bitte bei erstmaliger Beantragung von Pflegeleistungen und bei jeder Änderung vorlegen!</b>			<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht <input type="checkbox"/> liegt vor			
<b>3. Ich beantrage Leistungen für:</b>						
<b>Pflegezeitraum (Antragszeitraum)</b>		<b>von</b>		<b>bis</b>		
Häusliche Pflege (bitte Punkt 4 beachten!)		Stationäre Pflege (bitte Punkt 5 beachten!)		Sonstige Leistungen		
<input type="checkbox"/> Pflegedienst	<input type="checkbox"/> Pflegeperson	<input type="checkbox"/> Kombination	<input type="checkbox"/> Tages-/Nachtpflege	<input type="checkbox"/> Vollstationäre Pflege	<input type="checkbox"/> Vergütungszuschläge	<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege
				<input type="checkbox"/> Ersatz-/Verhinderungspflege	<input type="checkbox"/> Wohngruppenzuschlag	<input type="checkbox"/> zusätzliche Betreuungsleistungen
<input type="checkbox"/> <b>Ich beantrage die Zahlung der Pflegepauschale als Abschlagszahlung.</b> <b>Hinweis:</b> Nur im Bereich der häuslichen Pflege bei Pflege durch Pflegepersonen und der vollstationären Pflege möglich.						
<b>Ich beantrage Aufwendungen für</b>						
<input type="checkbox"/> <b>Pflegehilfsmittel</b>			<input type="checkbox"/> <b>Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes</b>			
Beleg vom	Betrag in EUR	Zuschüsse der Pflegeversicherung in EUR	Leistungsbescheid der Pflegeversicherung liegt bei	wird nachgereicht	liegt vor	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4.	<b>Bei Häuslicher Pflege durch nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen:</b>		
	Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift der Pflegeperson(en)		Dauer der Pflege (gegebenenfalls je Pflegeperson) in Stunden/Woche
	Unterbrechung der Pflege	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wegen <sup>1)</sup>
	<input type="checkbox"/> Häuslicher Krankenpflege	von	bis
	<input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt	von	bis
	<input type="checkbox"/> Stationärer Rehabilitationsmaßnahme	von	bis
	<input type="checkbox"/> Auslandsaufenthalt der pflegebedürftigen Person	von	bis
	<input type="checkbox"/> Urlaub der Pflegeperson	von	bis
	<input type="checkbox"/> Erkrankung der Pflegeperson	von	bis
<input type="checkbox"/> Verhinderungspflege	von	bis	
<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege	von	bis	
<sup>1)</sup> Soweit mehrere Gründe – auch gleichzeitig – vorliegen (zum Beispiel Inanspruchnahme von Ersatz-/Verhinderungspflege bei Urlaub der Pflegeperson), sind diese alle vollständig anzugeben.			
Bestätigung der erbrachten Pflege:			
Unterschrift des Beihilfeberechtigten oder Bevollmächtigten		Unterschrift der Pflegeperson(en)	
Mitteilung der Pflegeversicherung über die Meldung zur Rentenversicherung der Pflegeperson, soweit Rentenversicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI besteht,			
		<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht <input type="checkbox"/> liegt vor	
<b>Bitte Erstmitteilung und jede Änderung vorlegen!</b>			
5.	<b>Bei vollstationärer Pflege:</b>		
	Unterbrechungszeiten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (bitte Angaben unter 4.)
	<b>Beantragung von verbleibenden Aufwendungen (§ 55 Abs. 4 SächsBhVO)</b> (nur auszufüllen bei erstmaliger Antragstellung oder bei Änderungen) <b>Bitte Nachweise über Einkünfte, Bezüge, Renten und so weiter beifügen!</b>		
	Einkommen	Antragsteller (in EUR)	Ehegatte (in EUR)
	Dienstbezüge (brutto, einschließlich Altersteilzeitzuschlag, ohne kinderbezogenen Anteil des Familienzuschlags)		
	Anwärterbezüge (brutto, einschließlich Familienzuschlag ohne kinderbezogenen Anteil)		
	Versorgungsbezüge (nach Anwendung von Ruhens-, Kürzungs- und Anrechnungsvorschriften, ohne Unfallausgleich, Unfallentschädigung und Unterschiedsbetrag § 50 Abs. 1 Satz 2 BeamtVG)		
	Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung ohne Beitragszuschuss vor Abzug der Krankenversicherungs- und Pflegeversicherungsbeiträge		
	Zahlbetrag aus einer Alters- und Hinterbliebenenversorgung		
	Arbeitsentgelt (brutto) aus nichtselbstständiger Arbeit und Lohnfortzahlungen		
Einkünfte aus selbstständiger Arbeit			
Lohnersatzleistungen			